

Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Terminal

Dosen Pengampu: Adinda Fadhilah, S.Kep., Ns. M.Kep.



Peta Materi Pembelajaran

Enam pokok bahasan ini dirancang untuk membekali mahasiswa D3 Keperawatan dengan kompetensi holistik dalam memberikan asuhan keperawatan paliatif yang bermartabat, komprehensif, dan berpusat pada pasien terminal beserta keluarganya. Setiap pokok bahasan saling berkaitan dan membentuk satu kesatuan proses keperawatan yang utuh.

01

Pengkajian Pasien Terminal

Pengkajian fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan keluarga secara menyeluruh menggunakan instrumen yang terstandar seperti NRS, VAS, FICA, HOPE, dan POS.

02

Diagnosis Keperawatan Paliatif

Identifikasi diagnosis berdasarkan SDKI mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan keluarga melalui diskusi kasus nyata.

03

Perencanaan Keperawatan

Penentuan prioritas masalah, penyusunan tujuan dengan prinsip SMART, dan penetapan luaran keperawatan (SLKI) yang terukur.

04

Intervensi Keperawatan

Intervensi komprehensif meliputi manajemen gejala fisik, dukungan psikologis, fasilitasi sosial, dan pendampingan spiritual.

05

Evaluasi Asuhan Keperawatan

Evaluasi menyeluruh menggunakan format SOAP untuk menilai perkembangan kondisi pasien di semua dimensi.

06

Kolaborasi Tim Kesehatan

Peran perawat dalam tim paliatif multidisiplin yang melibatkan dokter, psikolog, ahli gizi, fisioterapis, pekerja sosial, dan rohaniawan.

Pengkajian Pasien Terminal

Pengkajian pada pasien terminal bersifat **holistik dan multidimensional**, mencakup lima aspek utama yang saling berkaitan. Pengkajian yang komprehensif menjadi fondasi seluruh asuhan keperawatan paliatif.

A. Pengkajian Fisik

Data yang dikaji meliputi: **nyeri** (lokasi, intensitas, durasi, kualitas), sesak napas, fatigue (kelelahan), mual muntah, gangguan tidur, nafsu makan, eliminasi, mobilitas, tingkat kesadaran, dan tanda-tanda menjelang kematian. Instrumen: **Numeric Rating Scale (NRS)** dan **Visual Analog Scale (VAS)** untuk pengukuran nyeri secara objektif.

B. Pengkajian Psikologis

Mengkaji tingkat **ansietas**, ketakutan menghadapi kematian, depresi, kesedihan, serta mekanisme koping yang digunakan pasien. Penting untuk memahami bagaimana pasien merespons kondisi terminalnya secara emosional dan kognitif.

C. Pengkajian Sosial

Meliputi dukungan keluarga, hubungan interpersonal, perubahan peran sosial dalam keluarga dan masyarakat, serta masalah ekonomi yang berdampak pada kualitas hidup pasien dan keluarganya.

D. Pengkajian Spiritual

Mengkaji keyakinan agama, praktik ibadah, makna hidup, harapan pasien, dan distress spiritual. Instrumen yang dapat digunakan: **FICA** (Faith, Importance, Community, Address) dan **HOPE** (Hope, Organized religion, Personal spirituality, Effects on care).

E. Pengkajian Keluarga

Menilai kesiapan keluarga menerima kondisi pasien, tingkat stres keluarga, dan kebutuhan edukasi. Keluarga adalah unit perawatan dalam pendekatan paliatif, bukan hanya pasien secara individual.

 **Instrumen Pengkajian Kualitas Hidup:** Palliative Outcome Scale (POS) dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien paliatif secara menyeluruh dan terstandar.

Diagnosis Keperawatan pada Pasien Paliatif

Berdasarkan **SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia)**, mahasiswa perlu mampu mengidentifikasi diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien paliatif. Diagnosis dikelompokkan ke dalam lima dimensi yang mencerminkan pendekatan holistik keperawatan.

Diagnosis Fisik

- Nyeri kronis
- Nyeri akut
- Gangguan pola tidur
- Intoleransi aktivitas
- Ketidakefektifan pola napas
- Defisit nutrisi

Diagnosis Psikologis

- Ansietas
- Ketakutan
- Keputusan
- Harga diri rendah situasional

Diagnosis Sosial

- Isolasi sosial
- Gangguan interaksi sosial

Diagnosis Spiritual

- Distres spiritual
- Risiko distres spiritual

Diagnosis Keluarga

- Koping keluarga tidak efektif
- Kesiapan peningkatan koping keluarga



Perencanaan Keperawatan Paliatif

Perencanaan keperawatan yang baik dimulai dari penentuan prioritas masalah yang tepat, dilanjutkan dengan penyusunan tujuan yang terukur dan luaran yang dapat dievaluasi. Prinsip utamanya adalah **berfokus pada kenyamanan dan kualitas hidup pasien**.

Menentukan Prioritas Masalah

Prioritas ditetapkan berdasarkan tiga kriteria utama:

- 1

Masalah yang Mengancam Kehidupan

Misalnya ketidakefektifan pola napas atau nyeri hebat yang tidak terkontrol.
- 2

Masalah yang Menyebabkan Penderitaan Terbesar

Berdasarkan persepsi dan laporan pasien sendiri tentang apa yang paling mengganggu.
- 3

Kebutuhan yang Paling Mendesak

Kondisi yang memerlukan tindakan segera untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Prinsip SMART dalam Menyusun Tujuan

S — Specific

Tujuan harus jelas dan spesifik, tidak ambigu.

M — Measurable

Dapat diukur dengan indikator yang terobservasi.

A — Achievable

Realistis untuk dicapai sesuai kondisi pasien.

R — Realistic

Sesuai dengan sumber daya dan konteks klinis.

T — Time-bound

Memiliki batas waktu yang jelas untuk evaluasi.

📘

Contoh Luaran (SLKI): Diagnosis: Nyeri kronis → Luaran: Tingkat nyeri menurun, ekspresi nyaman meningkat, kualitas tidur membaik.

Intervensi Keperawatan: Aspek Fisik

Intervensi fisik merupakan inti dari manajemen gejala pada pasien paliatif. Perawat berperan sentral dalam **mengurangi penderitaan fisik** melalui tindakan mandiri dan kolaboratif yang berbasis bukti.



Manajemen Nyeri

Kaji nyeri secara berkala menggunakan NRS/VAS. Atur posisi nyaman sesuai kondisi pasien. Ajarkan teknik relaksasi (napas dalam, guided imagery). Berikan kompres hangat atau dingin sesuai indikasi. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai program terapi dan pantau efek sampingnya secara ketat.



Manajemen Sesak Napas

Posisikan pasien dalam posisi **semifowler** untuk memaksimalkan ekspansi paru. Latih teknik napas bibir (pursed-lip breathing). Berikan oksigen sesuai indikasi medis. Ciptakan lingkungan yang tenang dan sirkulasi udara baik. Kolaborasi terapi medis seperti bronkodilator atau kortikosteroid bila diperlukan.



Manajemen Kelelahan (Fatigue)

Bantu pasien dalam pengaturan aktivitas dan istirahat yang seimbang. Ajarkan teknik **konservasi energi** — melakukan aktivitas penting saat energi optimal, delegasikan tugas yang tidak esensial. Rencanakan aktivitas secara bertahap dan berikan dukungan motivasi yang realistis.

Intervensi Keperawatan: Psikologis, Sosial & Spiritual

Selain intervensi fisik, perawat paliatif harus mampu memberikan dukungan menyeluruh pada dimensi psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Ketiga aspek ini sangat menentukan **kualitas hidup dan kedamaian** pasien di akhir hayatnya.



Intervensi Psikologis

Lakukan **komunikasi terapeutik** yang empatik dan tidak menghakimi. Terapkan teknik mendengarkan aktif (*active listening*) — berikan perhatian penuh, kontak mata, dan respons verbal yang mendukung. Beri kesempatan pasien mengekspresikan perasaan, ketakutan, dan kekhawatirannya. Berikan dukungan emosional yang konsisten dan bantu pasien mengidentifikasi harapan yang realistis sesuai kondisinya.



Intervensi Sosial

Libatkan keluarga secara aktif dalam proses perawatan — bukan hanya sebagai pengunjung, tetapi sebagai mitra perawat. Fasilitasi komunikasi terbuka antara pasien dan keluarga, termasuk diskusi tentang keinginan pasien dan rencana perawatan. Hubungkan pasien dan keluarga dengan sumber dukungan sosial yang tersedia, seperti pekerja sosial, kelompok dukungan, atau bantuan finansial.



Intervensi Spiritual

Kaji kebutuhan spiritual pasien secara sensitif dan tidak memaksa. Fasilitasi pelaksanaan ibadah sesuai keyakinan pasien — sediakan ruang, waktu, dan alat ibadah yang diperlukan. Hadirkan tokoh agama atau rohaniawan sesuai keinginan pasien. Dukung pasien dalam **mencari makna hidup** dan proses rekonsiliasi. Dampingi pasien dengan kehadiran yang tenang dan penuh hormat dalam menghadapi kematian.

- ✅ Pendekatan holistik yang mengintegrasikan keempat dimensi ini membedakan keperawatan paliatif dari perawatan konvensional — fokusnya adalah pada **martabat dan kenyamanan manusia**, bukan hanya pada penyakitnya.

Evaluasi Asuhan Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap kritis untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan. Pada keperawatan paliatif, evaluasi dilakukan secara **berkelanjutan dan multidimensional**, mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Format **SOAP** menjadi standar dokumentasi yang sistematis.

Format Evaluasi SOAP

S — Subjective

Data dari pernyataan pasien: *"Saya merasa nyeri berkurang."* Mencakup keluhan, perasaan, dan persepsi pasien terhadap kondisinya.

O — Objective

Data terukur yang dapat diobservasi: Skala nyeri turun dari 8 menjadi 3. Tanda vital stabil. Ekspresi wajah lebih rileks.

A — Assessment

Analisis perawat: Masalah nyeri membaik. Intervensi efektif dan perlu dilanjutkan dengan penyesuaian bila perlu.

P — Plan

Rencana tindak lanjut: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri, pantau skala nyeri setiap 4 jam, evaluasi ulang dalam 24 jam.

Parameter Evaluasi per Dimensi

Evaluasi Fisik

Apakah nyeri berkurang? Apakah sesak berkurang? Apakah pasien lebih nyaman? Apakah pola tidur membaik?

Evaluasi Psikologis

Tingkat kecemasan menurun. Pasien mampu mengungkapkan perasaan. Ekspresi wajah lebih tenang.

Evaluasi Sosial

Hubungan keluarga membaik. Dukungan sosial meningkat. Keluarga terlibat aktif dalam perawatan.

Evaluasi Spiritual

Pasien merasa lebih tenang. Kebutuhan ibadah terpenuhi. Pasien menyatakan menemukan makna dan kedamaian.

Kolaborasi Tim Kesehatan Paliatif

Pasien terminal memiliki kebutuhan **multidimensional** yang tidak dapat dipenuhi oleh satu profesi saja. Kolaborasi tim yang efektif adalah kunci keberhasilan asuhan paliatif. Perawat berperan sebagai **koordinator, komunikator, advokat, dan edukator** dalam tim ini.



Dokter

Diagnosis medis, pengobatan, dan pengendalian gejala secara farmakologis.



Perawat

Pengkajian berkelanjutan, perawatan langsung, edukasi pasien dan keluarga, koordinasi tim.



Psikolog

Konseling psikologis untuk pasien dan keluarga, manajemen distress emosional.



Ahli Gizi

Manajemen nutrisi, konsultasi diet, dan pemantauan status gizi pasien.



Fisioterapis

Mempertahankan fungsi fisik, mobilitas, dan kenyamanan gerak pasien.



Pekerja Sosial

Bantuan sosial, administrasi, dan fasilitasi akses terhadap sumber daya komunitas.



Rohaniawan

Dukungan spiritual, fasilitasi ibadah, dan pendampingan makna hidup.

Refleksi Pembelajaran

Keenam pokok bahasan ini membentuk satu kesatuan kompetensi keperawatan paliatif yang utuh. Mahasiswa diharapkan tidak hanya memahami teori, tetapi mampu **mengintegrasikan pengetahuan ke dalam praktik klinis** yang empatik dan berbasis bukti.



Poin Kunci untuk Diingat

- Pasien paliatif adalah manusia utuh, bukan sekadar diagnosis penyakit
- Keluarga adalah bagian integral dari unit perawatan
- Kenyamanan dan martabat pasien adalah prioritas utama
- Kolaborasi tim yang baik meningkatkan kualitas asuhan secara signifikan
- Perawat adalah advokat dan pendamping utama pasien di akhir hayat

Keperawatan paliatif bukan hanya tentang keterampilan klinis, tetapi juga tentang **kemanusiaan, empati, dan kehadiran**. Setiap pasien terminal memiliki cerita, harapan, dan martabat yang layak dihormati. Sebagai calon perawat, kalian akan menjadi pendamping terpenting bagi pasien dan keluarganya di saat-saat yang paling bermakna dalam hidup mereka.